

Global Psychotrauma Screen (GPS)

Identifikačné číslo

Rod Žena Muž Iné

Vek (v rokoch)

Ľuďom sa niekedy stanú veci, ktoré sú neobvykle alebo obzvlášť desivé, hrozné alebo traumatické.

Stručne, prosím opíšte udalosť alebo zážitok, ktorý Vás momentálne najviac ovplyvňuje:

.....

Táto udalosť sa stala: minulý mesiac v posledných 6 mesiacoch pred rokom dávnejšie

Táto udalosť:
 stalo sa to iba raz, keď som mal/a rokov
 trvalo to dlhšiu dobu, respektívne som to zažil/a opakovane, od do rokov

Ktoré z nasledujúcich vecí sa týkajú Vašej udalosti (môžete označiť aj viacero možností):

Fyzické násilie:	<input type="checkbox"/> Stalo sa to priamo mne	<input type="checkbox"/> Stalo sa to niekomu inému
Sexuálne násilie:	<input type="checkbox"/> Stalo sa to priamo mne	<input type="checkbox"/> Stalo sa to niekomu inému
Psychické (emočné) týranie:	<input type="checkbox"/> Stalo sa to priamo mne	<input type="checkbox"/> Stalo sa to niekomu inému
Vážne zranenie:	<input type="checkbox"/> Stalo sa to priamo mne	<input type="checkbox"/> Stalo sa to niekomu inému
Ohrozenie života:	<input type="checkbox"/> Stalo sa to priamo mne	<input type="checkbox"/> Stalo sa to niekomu inému

Náhle úmrtie blízkej osoby
 Zranili ste niekoho
 Koronavírus (COVID-19)

Berúc do úvahy hore uvedené udalosť, za minulý mesiac....

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. .. mali ste nočné mory o tejto stresujúcej udalosti, alebo mali ste myšlienky o tejto udalosti aj keď ste nechceli? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 2. .. museli ste sa veľmi snažiť, aby ste nemysleli na túto udalosť, alebo vyhýbali ste sa veciam, ktoré Vám túto udalosť pripomínali? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 3. .. boli ste stále v strehu, ostražitý/á, alebo vedeli ste sa ľahko rozrušiť? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 4. .. cítili ste sa bez emócií, alebo vzdialený/á od iných ľudí, aktivít, alebo svojho okolia? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 5. .. cítili ste sa vinný/á, alebo ste nevedeli prestať obviňovať seba, alebo iných kvôli stresujúcej udalosti alebo kvôli rôznym problémom, ktoré udalosť spôsobila? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 6. .. mali ste tendenciu cítiť sa bezcenne? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 7. .. zažívali ste výbuchy zlosti, ktoré ste nevedeli ovládať? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 8. .. cítili ste sa nervózny/a, úzkostný/á alebo na pokraji zrútenia? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 9. .. neboli ste schopný/á prestať si robiť starosti? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 10. .. cítili ste sa na dne, depresívne, alebo beznádejne? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 11. .. mali ste malý záujem či radosť z toho, čo ste robili? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |
| 12. .. mali ste problém zaspať, alebo spať? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Áno |

13.	.. pokúsili ste sa vedome si ublížiť?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
14.	.. vnímali alebo prežívali ste svet alebo iných ľudí odlišne, zdalo sa Vám všetko ako sen, zvláštne, alebo nereálne?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
15.	.. cítili ste sa odlúčený/á alebo oddelený/á od svojho tela (napr. cítili ste sa akoby ste sa sami na seba pozerali zhora, alebo ako keby ste boli vonkajším pozorovateľom/kou svojho vlastného tela)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
16.	.. mali ste nejaký iný fyzický, emocionálny, alebo sociálny problém, ktorý Vás trápil?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
17.	.. zažili ste iné stresujúce udalosti (ako napr. finančné problémy, zmenu práce, sťahovanie, krízu vo vzťahoch v práci alebo v súkromnom živote)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
18.	.. snažili ste sa znižovať si napätie alkoholom, cigaretami, drogami, alebo inými liekmi?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
19.	.. chýbali Vám ľudia vo Vašom okolí, ktorí by Vám poskytli oporu, na ktorých by ste sa mohli obrátiť v prípade, že by ste potrebovali pomoc v ťažkých časoch (ako napr. psychická podpora, postráženie detí alebo domácich zvierat, odvoz do nemocnice, alebo na nákup, prípade, že ste chorý/á)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
20.	Počas Vášho detstva/dospievania (0-18 rokov), zažili ste nejakú stresujúcu (traumatickú) udalosť (napr. vážnu nehodu, požiar, fyzický alebo sexuálny útok alebo zneužitie, katastrofu, videli ste ako bol niekto zabitý alebo vážne zranený, alebo zomrel niekto z Vašich blízkych)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
21.	Bola Vám niekedy diagnostikovaná psychická porucha, alebo ste boli niekedy liečený/á pre psychické problémy (napr. depresia, úzkosť, alebo porucha osobnosti)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
22.	Vo všeobecnosti , vnímate sám/samú seba ako odolnú osobu?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno									
23.	Ako by ste ohodnotili svoje aktuálne fungovanie (v práci/doma)?											
	Zlé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelentné